№ 5. Warszawa dnia 23 Lipca / 4 Sierpnia 1870 roku. Tom VII.

REDAKCJA przy ulicy Podwale Nr 12.

KLINIKA.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)		na Poczcie:	Rocznie .... rsr. 6 (40 złp.)
	Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20)			Półrocznie........... „ 3 (20 złp.)
	Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)		Dodatek:	w Warszawie....... rsr. 2 rocznie)
				na Prowincji .... „ 2 kop. 30)

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Klinika chirurgiczna prof. Korzeniowskiego.

Sprawozdanie z czynności Kliniki chirurgicznéj od dnia 2 Czerwca 1868 r. do dnia 22 Października 1869 r.

napisane przez prof. **Korzeniowskiego** Dyrektora Kliniki chirurg. fakultetowéj Uniwersytetu Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.)

Rany (*Vulnera*).

Wszystkich ran głowy mieliśmy sposobność obserwować 17 przypadków. Z tych ran powierzchownych, tak po uderzeniu jak i ran ciętych, bez obnażenia kości liczymy 11, z obnażeniem kości 4, z obnażeniem zaś i naruszeniem ich istoty 2 przypadki. Ze wszystkich 17 przypadków, 2 były tylko śmiertelne: pierwszy przypadek nastąpił przy ranie powikłanéj różowem zapaleniem, drugi przy zapaleniu tkanki podskórnéj oczodołu i opon mózgowych.

Zanim przystąpię do opisania ran głowy, zasługujących na uwagę, pozwolę sobie przedstawić zasady, jakiemi się kierowałem w ich leczeniu. Pokrywy głowy różnią się od powłok innych części ciała, silném połączeniem, istniejącém pomiędzy skórą a pokładem mięśni i powięzią, które się odznaczają wielką obfitością naczyń i nerwów, w stosunku do tkanki łącznéj; ztąd zapalenie towarzyszące ranom głowy, różni się od zapalenia w innych miejscach skóry, odłożeniem wysięku zapalnego w tkanki; skutkiem którego powstaje silna bolesność, naprężenie i drażliwość. Rozwijające się i podtrzymywane zapalenie, występuje jako bodziec, wyzywający taki sam proces na częściach sąsiednich, i ztąd przy niewielkich niekiedy uszkodzeniach głowy, widzimy obszerne powikłania, występujące pod postacią processów zapalnych. Im

bardziéj zwrócimy uwagę na zabezpieczenie brzegów rany, od rozwinięcia się zapalenia, tém łatwiéj process zapalny ograniczymy. Otóż z tego powodu unikam, nawet przy obszernych uszkodzeniach, wszelkiego łączenia ran głowy, tak za pomocą plastrów, jak i szwów krwawych. Tych ostatnich używam tylko wtedy, jeżeli rany przedstawiają wiszące płaty, które trudno przytrzymać zwyczajną nawiązką głowy, lecz ciężarem własnym opadają i przedstawiają obszerną powierzchnię, trudno brodawkującą i następnie trudno zabliźniającą się. I w takim nawet razie połączenia tego dokonywam dwoma lub trzema tylko ściegami przerywanego szwu, który zdejmuję, skoro tylko brzegi rany zaczynają obrzmiewać i stają się bolesnemi. Zimno, według mego doświadczenia, szkodzi, albowiem jeźli się już rozpoczęło zapalenie mniéj lub więcéj obszerne, swoim działaniem ściągającem, przyczynia się do uwięzienia zapalnego wysięku. Przeszedłszy używane w chirurgji środki, ostatecznie skończyłem na zastosowaniu rozmiękczających wilgotnych i ciepłych kataplazmatów, z siemienia lnianego. Środek ten doskonale działa na zmniejszenie napięcia części, zmniejsza ból pochodzący od uwięzienia produktów zapalenia, ułatwia rozwój brodawkującéj tkanki, i tym sposobem przyspiesza gojenie. Szczególniéj dobrze działa ten środek w ranach tłuczonych. Być może, że użyciu ciepłych kataplazmatów zawdzięczam tak rzadko pojawiające się różowate zapalenie, jako powikłanie ran czaszki. Doświadczenie moje w tym względzie, opiera się na ogromnéj liczbie faktów, które miałem sposobność obserwować w oddziale chirurgicznym, szpitala Dzieciątka Jezus, w którym od lat 18 ordynuję.

Z 11 przypadków powierzchownych ran głowy, dwa przypadki obserwowaliśmy u mężczyzn, 9 u kobiet. Fakt ten nie przemawia na korzyść rycerskości mężkiéj połowy prostego ludu naszego miasta, gdyż po większéj części zadane one były przez mężów lub kochanków, i tak *np.* Z 4 przypadków ran, z obnażeniem kości, 2 zakończyły się śmiercią; jeden powikłany różowatém zapaleniem opon mózgowych i samego mózgowia.

5) *N. 38 dziennika za rok 1868.*

Witold Grejlich, 48-letni mężczyzna, silnie zbudowany, przybył 30 Czerwca 1868 r. do kliniki. Na dwa dni przed przybyciem do szpitala, podnosząc się na sznurach przy budowli domu, został uderzony drewnem w tył głowy, w skutek czego otrzymał ranę tłuczoną na granicy okolicy potylico-ciemienionéj, na $3^1/_2$ centymetra długiéj; przyczém wszystkie części miękkie zostały naruszone i kość obnażona. W dniu przybycia jego do szpitala, znaleźliśmy brzegi rany opuchnięte i zapalone, skóra na całéj okolicy ciemieniowéj i skroniowéj prawéj, zajęta była zapaleniem różowatem, ucho prawe opuchnięte i zaczerwienione. Stan gorączkowy silnie rozwinięty, temperatura dochodziła do 39,2. Puls 120, rozwinięty i pełny. Przepisaliśmy mu chłodzący napój, olej kamforowy na głowę, którąśmy pokryli watą i czapeczką. Na drugi dzień zaczęło się rozwijać bredzenie, ale chory odpowiadał wyraźnie na zadawane pytania; róża zajmuje czoło, powieki, skroń i część nosową. Powieki opuchnięte, puls i temperatura nie zmienione.

2-go Lipca bredzenie w takim samym stopniu, chory traci przytomność, język i kończyny jego drżą; róża zajęła całą głowę. Gorączka taka sama. Przepisano kamforę z kalomelem i ciepły opatrunek głowy.

5-go Lipca chory leżał nieporuszenie, nie odpowiadał już na pytania; źrenica jego była już rozszerzona, oddychanie przerywane. Temperatura 40,4, puls 134.

6-go Lipca umarł nad ranem, przy oddychaniu utrudnionem i chrapliwem, straciwszy siły i przytomność w zupełności.

Sekcja wykryła wysięk surowiczy między oponami mózgu i w komórkach, a w zatokach rzadką czarną krew, prawie koloru smoły. Żyły opon mózgowych były silnie krwią przepełnione, błona śluzowa żołądka kiszek i była rozpulchniona i zgrubiała, jako następstwa chronicznego kataru; przerodzenie tłuszczowe wątroby i parenchymatyczne przewlekłe zapalenie nerek. Zresztą objawy pośmiertne jak hypostasy w płucach, skrzepy krwi w sercu, i wysięk w osierdziu krwią zabarwiony. *(D. c. n.)*

Zbieranie szczegółów statystyczno-lekarskich i materjałów epidemiologicznych jak również udział jaki przypada w téj pracy towarzystwom lekarskim.

NAPISAŁ

D-r Bolesław Lutostański.

Czł. koresp. Tow. lek. krak.

(Rzecz czytana na posiedzeniach Tow. lek. krakowskiego odbytych w d. 26 Kwietnia i 3 Maja r. b.)

(Dokończenie.)

III.

Zebrawszy to wszystko cośmy tutaj powiedzieli, dojdziemy z wniosku, iż na dzisiaj poprzestać nam wypada, na zorganizowaniu statystyki lekarskiéj lokalnéj, przy pomocy istniejących Towarzystw lekarskich. Wypada więc zastanowić się, w jaki sposób organizacja miejscowéj służby statystycznéj da się przeprowadzić w miastach, gdzie istnieją Towarzystwa lekarskie.

Z doświadczenia wiemy, że wszelkie organizacje z góry narzucane, dobrowolnym stowarzyszeniom, jakiegokolwiek rodzaju, nie udają się. Każde Towarzystwo zna najlepszą miejscowość stosunku swego miasta i najlepiéj potrafi się zastosować. Trzeba jednak podać ogólny niejako wzór do téj organizacji, co będzie stanowiło przedmiot niniejszego rozdziału.

Ponieważ prywatna organizacja statystyki lekarskiéj, wymaga udziału wszystkich lekarzy, Towarzystwo przeto lekarskie, zawezwie okólnikiem wszystkich bez wyjątku lekarzy, praktykujących w pewnem mieście do spółudziału i pomocy w zbieraniu szczegółów statystyczno-lekarskich. Lekarz życzący sobie przystąpić do téj dobrowolnéj i wspólnéj pracy, podpisze na przesłanéj mu odezwie deklarację uczestnictwa, i takową prześle na ręce prezesa lub sekretarza stałego Towarzystwa.

Towarzystwa lekarskie w celu ułatwienia prac statystycznych, starać się winny o uproszczenie całego mechanizmu, zbierania szczegółów statystyczno-lekarskich, aby lekarzy praktycznych nie odłączać od tego rodzaju zajęć. Ku temu celowi Towarzystwa przygotowują wzory, formularze i tablice o ile mo-

żna najprostsze, które nie wymagałyby długiego czasu przy wypełnianiu. Szemata statystyczno-lekarskie, dla rozmaitych miast, winny być ułożone według jednego planu, powszechnie uznanego za najlepszy. Towarzystwa lekarskie z łatwością mogą się porozumieć w téj mierze na zjazdach lekarskich. Jednostajność wzorów statystycznych, jest niezbędną dla otrzymania materjału jednakowéj wartości. Oryginalność w statystyce nie zawsze zasługuje na pochwałę. Po dokładném rozpatrzeniu używanych wzorów, lepiéj bywa przyjąc gotowy już szemat, aniżeli układać nowy niedokładny. Trzeba się starać o doskonalenie metod statystycznych, i tutaj oryginalność pomysłów ma wielkie pole do wystąpienia, natomiast wypada raz zerwać ze zwyczajem, według którego każdy kraj, każde miasto posiada odmienne formularze i używa różnego sposobu wypełniania rubryk. Międzynarodowe zjazdy statystyczne, oraz zjazdy lekarskie, podają dobrą sposobność do porozumienia się.

Koszta przeprowadzenia prywatnéj statystyki lekarskiéj, każde towarzystwo ponosi z własnych funduszów. Drukuje więc ono wzory i formularze statystyczne, których bezpłatnie udziela lekarzom przystępującym do wspólnéj pracy. Każdy z lekarzy biorący wzory i formularze, obowiązany jest takowe wypełnić i we właściwym czasie zwrócić je towarzystwu już to na ręce prezesa już też sekretarza stałego.

I. Towarzystwa lekarskie zajmują się zbieraniem **Statystyki porodów**. Od lekarzy trudno wymagać, aby sami byli w stanie podać cyfrę porodów w pewném mieście, w ciągu pewnego okresu czasu spostrzeganych, gdyż to wychodzi niemal z granic ich działalności. Towarzystwa lekarskie udadzą się przeto w tym względzie:

a). Do urzędów parafjalnych, kahałów lub urzędników stanu cywilnego (w Król. Pols.).

b). Do urzędów lekarskich (fizykatów) i magistratów (w Galicji).

c). Do prezydjów i dyrekcji policyjnych (w Prussach).

Władzom tym wraz z uprzejmą odezwą przesyłają towarzystwa wzory, według których statystyka porodów ma być zbieraną. Nie wątpię, że władze rzeczone chętnie przyjmą udział w pracy pożytecznéj ogół obchodzącéj.

W Prussach *np.* wszystkie prezydja i dyrekcje policji są uczestnikami niemieckiego związku do statystyki lekarskiéj. W niektórych władzach wzmiankowanych, można mieć szczegóły statystyczne obejmujące: *Rok*, *miesiąc*, *dzień*, *godzinę* w któréj się dziecię urodziło, *płeć noworódka; imię*, *nazwisko*, *religję*, *wiek*, *zatrudnienienie matki i ojca nowonarodzonego.*

Od innych znowu władz publicznych którym akuszerki obowiązane są donosić o wszystkich okolicznościach towarzyszących porodowi, możemy mieć szczegóły porodnicze, jako to: Czy dziecię *donoszone* lub *niedonoszone*. Czy przyszło na swiat *siłami przyrody*, czy też *sposobem sztucznym* i jakim, Czy było *żywe* lub *nieżywe*. Czy przedstawiało *potwór*.

Wszystkie przytoczone tutaj szczegóły, objęte są tablicą lekarską statystyczną porodów, uchwaloną przez oddział medycyny publicznéj pierwszego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie [1]). Tablicę tę pozwalam sobie tutaj zamieścić:

---

[1]) Zob. *Pamiętnik Zjazdu* Krakow. 1870, str. 128.

Tablica biostatyczna. Porody.

Rok, miesiąc, dzień.	Godzina				Dziecię nrodzone											Rodzice			
	przed południem		po południu														wick		
	12 — 6	6 — 12	12 — 6	6 — 12	niedonoszone	donoszone	siłami przyrodzonemi	sposobem sztucznym i jakim	żywe	nieżywe	płci męzkiéj	płci żeńskiéj	Potwór	z małżeństwa	z niezamężnéj	Religja	matki	ojca	Zatrudnienie

Do téj jednak tablicy dodać należy czy poród był pdjedynczy czy złożony (wieloraki).

W Krakowie w fizykach miejskich można mieć bardzo dobre szczegóły ogólnéj statystyki porodów. Rubryki takie wykazów krakowskich mieszczą w sobie [1]): *Dzieci żywourodzone, nieżywourodzone, płeć, wyznanie, czy zostało urodzone z prawego łoża, czy też z nieprawego.*

Jak z tego wykazu widzimy nie obejmują one szczegółów statystyki porodniczéj, czemu z łatwością można zaradzić przez zaprowadzenie *książek sznurowych czyli dzienników czynności akuszerek*, które co tydzień rewidowane są przez akuszerów miejskich (gdzie takowi istnieją) lub przez fizyków miejskich. Takie urządzenia istnieją wszędzie za granicą [2]) naprzykład w Prusach, a po części w Król. Polskiém. W Galicji o ile mi wiadomo akuszerki nie są obowiązane prowadzić podobnych dzienników.

Dziennik czynności akuszerek winien być ułożony według następującego wzoru:

Dziennik

czynniki zakładu położniczego . . . . . . *akuszera* . . . .

lub akuszerki

Kraj *Miasto* *Gmina*

Rok

Liczba bieżąca	Rok, miesiąc, dzień	Godzina przed południem	Godzina po południu	Płeć noworódka	Imie, nazwisko i wiek ojca i matki. Zatrudnienie i mieszkanie rodziców	Czy kobieta dawniéj rodziła? Ile razy? Przebieg poprzednich ciąż i porodów	Miesiąc zajścia w ciążę	Ciąża prawidłowa lub nieprawidłowa	Położenie dziec.	Poród prawidłowy lub nieprawidłowy	Czy pomoc sztuczna była udzielaną? Jakiego sposobu użyto	Nieprawidłowe objawy po porodzie	Stan matki	Stan dziecięcia	Uwagi

Słusznie może kto zarzucić, iż nasze akuszerki nie są tak wykształcone, aby były w możności wypełnić rubrykę powyższego wzoru. Zarzut ten jednakowoż upadnie, skoro podczas kursu dla akuszerek, nauczyciel objaśni uczennicom znaczenie takiego dziennika i sposób wypełniania pojedynczych

---

[1]) *Gmina Krakowska.* Kraków 1869, wykaz 2-gi.

[2]) *Das Preussische Medicinalweren* von Dr. *Horn* 2-er Theil, 1863, str. 255.

rubryk. Przy wyjściu z zakładu każda akuszerka może dostać prócz tego szczegółową instrukcję, pouczającą ją, w jaki sposób dziennik ma prowadzić, a najlepiéj będzie jeżeli taka instrukcja zamieszczoną będzie w drukowanym podręczniku dla akuszerek. Nadto wypełnienie rubryk dziennika w wielu razach ułatwić może akuszerce lekarz obecny przy porodzie, który szczegółowo będzie mógł opisać wszystkie nieprawidłowe objawy ciąży i porodu, dla akuszerki nieraz trudne do zrozumienia.

Zaprowadzenie tych dzienników, nietylko pod względem statystyczno-lekarskim się zaleca, ale zarówno jest ważne pod względem policyjno-lekarskim, gdyż przez to akuszerki będą się znajdować pod kontrolą władzy sanitarnéj, zwłaszcza jeżeli lekarze będą obowiązani w uwagach zapisywać zachowanie się akuszerki podczas porodu.

Dzienniki czynności akuszerek można sprawdzać z metrykami urodzeń znajdującemi się w urzędach parafialnych, kahałach, i w biurach urzędników stanu cywilnego.

Koszta druku tych dzienników dla akuszerek ponosi gmina, w innych zaś razach rząd.

Prócz wiadomości czerpanych z dzienników dla akuszerek, towarzystwa lekarskie mają inne źródło wiadomości w doniesieniach akuszerów i lekarzy, w ogóle o wypadkach z praktyki prywatnéj i szpitalnéj.

Po zaprowadzeniu dziennika czynności dla akuszerek, towarzystwa lekarskie będą miały gotowy materjał statystyczny a fizykaty i urzęda lekarskie będą mogły dostarczać najdokładniejszych szczegółów według tablicy porodów, uchwalonéj przez zjazd Krakowski, lub jeszcze lepiéj według kartek tokostatycznych poniżéj zamieszczonych. Wreszcie doświadczenie okaże z jakich źródeł najlepiéj można będzie korzystać, moim zaś zamiarem nie jest tutaj wchodzić w rozbiór praktycznych drobiazgów

Zastanówmy się teraz nad techniką zbierania i zapisywania szczegółów oraz układania tablic statystyki porodniczéj (*tokostatyki*).

Przy spisywaniu ludności przekonano się, iż złożone formularze, obejmujące szereg osób (jak np. wzory austrjackie) bywają powodem wielu błędów i dla tego zgodzono się na zjazdach statystycznych na technikę, według któréj każda osoba ma swoją oddzielną kartkę do zapisywania szczegółów pierwotnych (*für die prinsitiven aufzeichnungen*).

Każdy gospodarz, ojciec rodziny, dostaje podczas spisu ludności odpowiednią liczbę kartek, dla osób zajętych przy gospodarstwie, dla służących, dla członków rodziny i kartkę dla osób obcych a obecnych. Według téj metody zwanéj *metodą kartkową (Zallblättchen methode)*, odbędzie się tegoroczny spis ludności Związku północno-niemieckiego. Przedstawia ono wielkie korzyści przez uniknięcie licznych przyczyn błędów i przez oszczędzenie pracy i czasu.

Ta sama metoda da się z wielką korzyścią zastosować do statystyki lekarskiéj. Dla uniknięcia błędów, potrzeba iżby każdy wypadek porodu, choroby lub śmierci, miał swoją osobną kartkę w najprostszéj formie. Kartki takie łatwo dają się uporządkować, zachować przez dłuższy czas, jeżeli obliczanie nie zaraz odbywa się, i wreszcie ułatwiają zaciąganie pierwotnych szczegółów, każdego szczegółowego wypadku porodu, choroby lub śmierci, do tablic w których ginie osobnik (indywiduum) statystyczne, a występuje natomiast zbiorowa jednostka.

Uchwalona przez oddział medycyny publicznéj pierwszego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, tablica porodów obejmuje najważniejsze szczegóły tokostatyczne i może stanowić taką kartkę dla szczegółowego wypadku. Doświadczenie jednak okazało, iż forma tablic nie jest praktyczną, pominąw-

szy tę okoliczność, iż tablice zabierają wiele miejsca, dają one prócz tego powód do błędów i utrudniają czynności obliczania. Daleko prostszą i dogodniejszą zwłaszcza przy prywatnéj organizacji i statystyki lekarskiéj jest forma kartek z kartonu, wielkości dużego biletu wizytowego.

Na téj kartce zamieszczają się wszelkie szczegóły, według dziennika czynności akuszerki lub innego rejestru, albo też szczegóły zapisywane bywają przez lekarzy uczestniczących w organizacji statystyki prywatnéj.

Kartki tokostatyczne czyli kartki porodów, można sporządzić według następującego wzoru:

na pierwszéj stronie.

Kartka tokostatyczna.

1870 (Męz) Kraków

Mies. Dz. Godz. Mieszkanie rodziców
Ulica Gm. Nr. d.)

Nazwisko. Zatrudnienie rodziców

Wiek Lat Mies. Dni
Ojca
Matki
Religja rodziców
Dziecię z prawego łoża
„ z nieprawego

Dziecię żywe
„ nieżywe
Potwór

Poród pojedynczy
„ złożony

na drugiéj stronie.

Pierwiastka.

Ile razy rodziła?

Ciąża prawidłowa.

Dziecię donoszone.

Ciąża nieprawidłowa.

Dziecię niedonoszone.

Poród siłami przyrody.

Poród sposobem sztucznyn i jakim?

Stan matki po porodzie.

Stan dziecięcia.

Dla łatwiejszéj i pewniejszéj manipulacji, kartki tokostatyczne bywają rozmaitéj barwy a to w celu łatwiejszego odróżnienia płci, czy dziecię przyszło na świat żywe lub nieżywe, czy był potwór i t. d. Tak naprzykład kartki blado zielone służyć będą dla płci męzkiéj, takie same kartki z czarną obwódką dla chłopców nieżywo urodzonych. Dla płci żeńskiéj służyć mogą kartki blado-różowe, takiéj saméj barwy z czarną obwódką dla dziewcząt nieżywourodzonych. Dla potworów służyć mogą kartki popielate czyli szaréj barwy. Do obróżnienia innych szczegółów w kartkach zawartych, można drukować je różnobarwnemi czcionkami. Korzyści wynikające z zastosowania metody kartkowéj do zbierania szczegółów statystyczno-lekarskich, szczegółowo wyłożone będą przy statystyce śmiertelności.

Ze szczegółów tokostatycznych, zebranych w sposób powyższy, towarzystwa lekarskie układać mogą tablice wykazujące: *Stosunek porodów w ogóle. Stosunek liczebny płci narodzonych i żywourodzonych. Statystykę porodów pojedynczych i wielorakich. Statystykę nieżywourodzonych i porodniczo-umiejętną.*

II. **Statystyka zawartych małżeństw** najmniéj ważna dla statystyki lekarskiéj, z łatwością da się ułożyć z metryk ślubnych prowadzonych przez urzęda parafialne, kahały i urzędników stanu cywilnego. W niektórych miastach np. w Krakowie z wykazów magistratu. Rubryki tych wykazów obejmują: *Wiek zaślubionych mężczyzn i kobiet stan, zatrudnienie, wyznanie, ilość małżeństw i ilość małżeństw mieszanych.*

Według metody kartkowéj można sporządzić kartki zaślubin następującéj formy:

Kartka zaślubin.

1870 (*St. cyw.*) *Kraków.*

Imie i nazwisko.

Narzeczonego.

Narzeczonéj.

Mieszkanie. *Ulica* *Gm.* *Nr. d.*

Narzeczonego.

Narzeczonéj.

Stan i zatrudnienie.

Narzeczonego.

Narzeczonéj.

Wyznanie.

Narzeczonego.

Narzeczonéj.

Dla ślubów cywilnych kartki mogą być np. barwy bladożółtéj dla kościelnych zaś kartki koloru blado-fioletowego.

III. Najważniejszą a zarazem najłatwiejszą do przeprowadzenia przez prywatną organizację statystyczno-lekarską, jest **Statystyka śmiertelności** (nekrostatyka).

Szczegóły wypadków śmierci towarzystwa lekarskie czerpać mogą z aktów statystyki administracyjnéj, jakoto:

1). Z aktów zejścia prowadzonych przez urzędników stanu cywilnego (w Królestwie Polskiem).

2). Z aktów zejścia prowadzonych przez prezydja i dyrekcje policyjne (w Prussach).

3). Z rejestrów urzędów parafialnych i kahałów (w Austrji).

4). Z wykazów urzędów lekarskich czyli fizykatów (w Austrji).

5). Z rejestrów oglądaczy zwłok (w Austrji).

6). Wreszcie ze szczegółów zebranych pracą własną przez uczestniczących lekarzy.

To są źródła które dostarczyć nam mogą szczegółów śmiertelności ogólnéj. W naszych stosunkach ze źródeł tych statystyka lekarska w ścisłém znaczeniu słowa nie wiele może korzystać. Źródła wymienione pod liczbą 1 i 3 dać nam mogą: *Miejsce wypadku śmierci. Rok, miesiąc, dzień i godzinę skonu. Nazwisko i zatrudnienie zmarłego. Wiek i płeć.*

Te jednak szczegóły dla celów lekarskich nie wystarczają. Prezydja i dyrekcje policyjne w niektórych miastach pruskich np. w Berlinie, Potsdamie, Szczecinie i t. d. dostarczyć mogą szacownych szczegółów statystyczno-

lekarskich. Lubo w Prusach nie ma powszechnie zaprowadzonéj instytucji oglądania zwłok, to jednak w miastach wzmiankowanych istnieją przepisy obowiązujące lekarzy do składania w biórach policyjnych świadectwa skonu [1]).

Inne instytucje wymienione pod liczbą 4 i 5, mogłyby dostarczyć wszystkich żądanych wiadomości nekrostatycznych, w skutek jednak wadliwego urządzenia nie podają rodzaju śmierci, czyli jéj przyczyny szczegółowo określonéj.

Ze źródeł zebranych przez lekarzy, możemy mieć wreszcie wszystkie szczegóły nekrostatyczne, oraz cyfrę śmiertelności pojedynczych dzielnic czyli okręgów albo cyrkułów miasta.

Pomijając stosunki innych miast, zastanówmy się nieco nad statystyką śmiertelności w Krakowie. Fizykat krakowski ogłasza wykazy śmiertelności, które obejmują, jak to już wiadomo, niedokładne rubryki, nie mieszczą bowiem w sobie wiadomości w skutek jakiéj choroby śmierć nastąpiła, wypadków rozbioru zwłok, czy chory był leczony lub nieleczony i t. d., nie mogą przeto służyć do układania statystyki przyczyn śmiertelności w ogóle, i szczegółowych przyczyn śmierci w szczególności.

W celu zaradzenia tym niedostatkom, należałoby życzyć, iżby oglądacze zwłok dostarczali fizykatowi rzeczonych szczegółów. Oglądanie zwłok wszędzie wprawdzie w Austrji ma miejsce, w Galicji np. zaprowadzone zostały już w r. 1796 [2]), przepisy, atoli sprawdzania skonów i oglądania zwłok nie są wcale wykonywane, lub ich wykonywanie powierzone bywa osobom, które nie są zdolne do wypełniania szczegółowych metryk w kartkach oględzin, na które to okoliczności zwracali uwagę na pierwszym zjeździe lekarzy polskich: prof. *Janikowski* i Dr. *Blumenstok*.

Z instytucji w mowie będącéj, statystyka lekarska niestety korzystać nie może. Ze względu na przyszłość byłoby pożądaném, aby wydaną została szczegółowa instytucja dla oglądaczy zwłok, właściwie formularze, które tutaj przedstawiam, oraz na tak zwanych „mężów zdrowia" do oglądania zwłok wybrano osoby wykształcone, jak tego przepisy wymagają [3]).

Instrukcja do oględzin pośmiertnych ogłoszoną została rozporządzeniem guberjalném z d. 17 Września 1822 L. 28098 i z d. 31 Lipca 1835 r. L. 40508 [4]), przepisy względem oględzin pośmiertnych powtórnie zostały ogłoszone rozporządzeniem Rządu Krajowego Krakowskiego z d. 28 Grudnia 1855 r. Instrukcje te są nieco przestarzałe, a w kartkach oględzin brak wielu szczegółów.

Z tego powodu ośmielam się podać wzory do świadectw, czyli kartek skonu, kartek oględzin i spisu oględzin zwłok.

Kartka skonu.

Kraj. *Starostwo lub Powiat.* *Miasto.* *Gmina.*

Rok

1. Mieszkanie zmarłego. Ulica Gm. Nr. d. Na którem piętrze zmarły zamieszkiwał? Czy od ulicy czy od podwórza?
2. Imię, nazwisko i wiek zmarłego.

---

1) *Das Preussische Medicinalweren von Dr. W. Horn, 1 er Theil, str. 220.* Berlin, 1863.

2) *Handb. d. öffentl. Gesundheitspflege in Österreich*, von Dr. Adolf *Schaunenstein.* Str. 399, Wien, 1863.

3) *Zbiór ustaw prowincjonalnych dla Galicji z r. 1822*, L. 114, str. 430 i z r. 1835, L. 158 str. 548.

4) *Dz. Pr. Kraj. Krak. oddz. II Nr. 1* z r. 1856.

3. Stan i zatrudnienie.
4. Miesiąc, dzień, godzina w którój śmierć nastąpiła.
5. Jakie oznaki prawdziwéj śmierci dają się dostrzedz?
6. Czy znajdują się jakie ślady obrażenia ciała?
7. Prawdopodobny termin pogrzebu.
8. Nazwa choroby lub innéj przyczyny śmierci.
9. Czy choroba zaraźliwa?
10. Czy przedsiębrano środki zapobiegające szerzeniu się zarazy?
11. Jakie sposoby ożywienia, (przywracania do życia) były przedsiębrane w razie nagłéj śmierci lub wypadku?
12. Czy zmarły osobiście był znany lekarzowi czy téż był rekognoskowany przez kogo innego?
13. Uwagi.

Własnoręczny podpis lekarza:

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

MEDYCYNA OGÓLNA. PATOLOGJA OGÓLNA.

(Sprawozdawca **Markiewicz**).

Chorobne zmiany ciśnienia w klatce piersiowéj.

Perls. Ueber die Druckverhältnisse im Thorax bei verschiedenen Krankheiten (*Deutsches Archiv f. Klin. Méd. Bd. 6.*).

Jak wiadomo stosunki fizjologiczne ciśnienia w klatce piersiowéj, poznane zostały dokładnie przez *Donders'a;* on pierwszy wykazał, że w stanie normalnym w klatce piersiowéj jest ciśnienie ujemne, będące wypadkiem ciśnienia atmosferycznego, działającego na drodze tchawicy i t. d. i z siły retrakcyjnéj tkaniny płuc (sprężystości płuc); że retrakcja (opadanie) płuc po otworzeniu klatki piersiowéj, nie dzieje się skutkiem ciśnienia powietrza na powierzchnię płuc (gdyż ciśnienie to równoważone jest ciśnieniem powietrza w płucach, oskrzelach itd.), lecz skutkiem owéj siły retrakcyjnéj (sprężystości tkaniny płuc), i że wielkość téj siły (stopień sprężystości płuc), wprost ocenić się daje, po otworzeniu klatki piersiowéj, z wysokości na jaką podnosi się słup płynu w rurce zgiętéj i połączonéj z tchawicą.

Dr. *Perls* prosektor instytutu patologicznego w Królewcu, użył tego ostatniego sposobu w celu ocenienia prawdopodobnych zmian w stopniu sprężystości tkaniny płucnéj w rozmaitych chorobach. Poszukiwania swoje dokonywał na 100 trupach. Do przeciętéj tchawicy wprowadzał przedziurawiony kauczukowy korek, w takowym osadzał manometr, następnie przecinał dwie chrząstki żebrowe po stronie prawéj i odczytywał zmianę w wysokości kolumny płynu w manometrze, a nakoniec robił podobnyż otwór po stronie lewéj, i całkowitą zmianę w stanie manometru oznaczał. W niektórych przypadkach po otworzeniu klatki piersiowéj, płyn w manometrze nie podnosił się, a opadał, co kazało wnosić, że w tych przypadkach, przed otworzeniem klatki piersiowéj, płuca pozostawały nie jak zwykle pod ciśnieniem ujemnem, ale raczéj, że na ich powierzchnię wywarte było anormalne ciśnienie dodatnie, które gdy przez otworzenie klatki zniesione zostało (wylanie się przez zrobiony otwór cisnącego przesięku lub t. p.) płuca rozszerzając się, wracały do téj objętości, jaką stopień ich sprężystości w danym przypadku określał.

Podług obserwacji *Donders'a* opadające płuca trupa podnoszą kolumnę płynu w manometrze mniéj więcéj na 70 Mm: — Maximum znalezione w 100 obserwacjach *Perls'a*, również wynosiło 66 Mm. Ale *Perls* słusznie robi uwagę, iż nie we wszystkich przypadkach

cyfry wyrażające liczbę milimetrów, na jaką kolumna płynu w manometrze się wzniosła, mogą służyć za bezwzględną miarę stopnia sprężystości tkaniny płucnéj; są one raczéj zawsze tylko wyrazem siły retrakcyjnéj tkaniny płucnéj; stosunek zaś pomiędzy tą siłą a sprężystością płuca, zmiennym bywa w rozmaitych, a w szczególności w następnych stanach chorobnych:

1) W przypadkach przyrośnięcia płuc do ścian klatki piersiowéj. Tu zachodzi wprost mechaniczna przeszkoda opadania (retrakcji) płuc, zatém wysokość słupa płynu w manometrze może zostać niezmienioną, mimo że nie zawsze sprężystość tkaniny płucnéj przy tém bywa zmniejszoną lub straconą. Przeciwnie sprężystość tkaniny płucnéj może być normalna a jednak płyn w manometrze niekiedy zaledwie o 4 Mm. się podnosi.

2) W przypadkach przesięków w jamie opłucnéj rozmaite mogą zachodzić stosunki. W tym to właśnie razie płyn w jamie opłucnéj będący, może pozostawać pod tak znaczném ciśnieniem, iż powierzchnia płuc przed otwarciem klatki piersiowéj pozostaje pod anormalném ciśnieniem dodatniem, o czém nas przekonywa opadnięcie kolumny płynu w manometrze, po otworzeniu klatki piersiowéj i wypłynięciu zeń przesięku. Zjawisko to świadczy w każdym razie o utrzymaniu pewnéj jeszcze sprężystości tkaniny płucnéj. Są jednak przypadki, w których mimo odpłynięcia przesięku poprzednio uciśnięte nadmiernie płuca, nie rozszerzają się wcale, a tém samém i kolumna płynu w manometrze nie opada. Zjawisko to się zdarza tam, gdzie sprężystość płuc zupełnie już zatraconą została. Nareszcie w niektórych przypadkach, mimo obecności przesięku, po otworzeniu klatki piersiowéj płuca opadają i kolumna płynu w manometrze się wznosi. W tym ostatnim przypadku istnieje jeszcze niezawodnie pewien stopień sprężystości. Jednakże tak retrakcja płuc w tym ostatnim przypadku, jak i rozszerzanie się ich w pierwszym razie i pochodzące ztąd zmiany wysokości kolumny płynu w manometrze, nie mogą służyć za miarę sprężystości tkaniny płucnéj w danym przypadku, a tylko są świadectwem, że sprężystość ta jeszcze choć w części istnieje. Podobne stosunki ciśnienia w klatce piersiowéj zachodzą również w przypadkach wysięków w opłucnéj i *pyopneumothorax*.

3) W przypadkach nagromadzenia płynu w brzuchu lub guzów w kiszkach, wywarty z tej strony nacisk na płuca, zmieniał podobnie jak przesięki w opłucnéj stosunki ciśnienia w klatce piersiowéj. W niektórych tego rodzaju przypadkach, uciśnięte z dołu płuca, po otworzeniu klatki piersiowéj wcale nie opadały, siła ich retrakcyjna wyrażoną zmianą kolumny płynu na manometrze, równała się zeru. A jednak sprężystość tkaniny płucnéj okazała się nie zupełnie zatraconą, gdyż po otworzeniu brzucha i zniesieniu pochodzącego ztąd nacisku na płuca, takowe się rozszerzały, kolumna płynu w manometrze opadała. Ma się rozumieć, że to świadczy o stosunkowo krótkiém jeszcze trwaniu nacisku na płuca wywieranego.

4) W przypadkach hepatyzacji pneumonicznéj, kolumna w manometrze po otworzeniu klatki piersiowéj częstokroć wcale lub bardzo mało się wznosi, bo retrakcja płuca jest nie możliwa. A jednakże już sama ziarnista powierzchnia zwątrobiałego płuca, świadczy, że tkanina tak zmienionego płuca bynajmniéj swéj sprężystości nie straciła. Zdaniem autora słaba retrakcja płuc podczas pneumonji, pochodzi nie tylko z powodu infiltracji zapalnéj, ale i ztąd, że niezwątrobiałe części płuca w skutek *functio vicaria*, ulegają rozdęciu przekraczającemu granicę sprężystości, a przez to sprężystość tę tracą a tém samém mniéj opadają.

5) W przypadkach wypełnienia oskrzeli obfitą lub gęstą wydzieliną—retrakcja (opadanie) płuc może znajdować przeszkody, podnoszenie się kolumny w manometrze może być tém samém mniejsze—a jednak sprężystość tkaniny płucnéj może być i jest najczęściéj niezmienioną.

6) W licznych przypadkach suchot płucnych, autor znalazł stosunkowo znaczną retrakcję (opadanie) płuc i odpowiednie znaczne wznoszenie się kolumny płynu w manometrze (przeszło 40 Mm.). Objaśnić się to daje stosunkowo znaczném rozdęciem tych części płuca, które sprawie chorobnéj jeszcze nie uległy, a które po otworzeniu klatki piersiowéj do znacznego opadnięcia płuca się przyczyniają. Rozdęcie w tym razie odbywa się nie tak nagle jak w pneumonji, a raczéj stopniowo i dla tego nie powoduje zniszczenia sprężystości tkaniny płucnéj.

Tak więc wnosić można: iż 1-o trwały nacisk na płuca, 2-o nadmierne rozdęcie płuc, wpływają głównie na zmniejszenie sprężystości tkaniny płucnéj.

Odpowiednio temu należało się spodziewać, iż w przypadkach recydywy płuc i ostrego obrzękcy płuc, wysokość kolumny płynu w manometrze będzie bardzo mała. Otrzymane przez autora cyfry (około 40 Mm.) są wprawdzie niższe od normalnych, ale jednak stosunkowo nie tak nizkie jakby spodziewać się było można.

Najciekawszém w szeregu obserwacji autora, jest spostrzenie co do zboczeń w stanie sprężystości płuc w sprawach chorobnych, polegających na zakażeniu ogólném bez miejscowych zmian w tkaninie płuc i opłucnéj. Spostrzeżenia te dotyczą przypadków tyfusu brzusznego (5 Mm., 12 Mm., 25 Mm.) i przypadków otrucia fosforem (11 Mm.). Cyfry te oczywiście świadczą o bardzo znaczném zmniejszeniu sprężystości tkaniny płuc, a autor jest skłonny takowe zmniejszenie położyć na karb bezpośredniego wpływu jadu tyfusowego, fosforu i t. p. na tkaninę płuc.

Wydzielanie mocznika przez skórę.

H. v. Kaup und **Jurgensen**. Ueber Harnstoffausscheidung auf der ausseren Hant beim Lebenden (*Deutsches Archiv f. Klin. Méd. Bd. 6.*).

Leube. Ueber der Antagonisums zwischen Harn und Schweissecretion (*Deutsches Archiv f. Klin. Méd. Bd· 7.*).

Obie wyżéj wymienione prace dostarczają nie małéj wagi wyjaśnień w teorji uraemji i jéj leczenia.

Autorowie pierwszéj pracy, przypomniawszy dawniejsze obserwacje nad wydzielaniem się krystalicznego mocznika na skórze u cholerycznych, szczególniéj w okresie cholera-tyfoidu, przechodzą do opisu dwóch przypadków obserwowanych w klinice w Kiel, w których, u chorych nie dotkniętych cholerą, spostrzeżono i zebrano krystaliczny mocznik na powierzchni skóry. W obu przypadkach równie jak i w 3 innych, krótko tylko wspomnianych, zjawisko to miało miejsce na krótki czas przed zgonem pacjentów. Chemiczny rozbiór zebranych kryształów, nie pozwala wątpić, że mocznik istotnie na skórze wydzielanym być może. Na jakiéj drodze? Autorowie na drodze eksperymentu i rozumowania skłonni są przypuścić iż w tego rodzaju przypadkach ma miejsce resorbcja mocznika z tkanin ciała do krwi i zatrzymanie go w większéj ilości we krwi.

Głodzono psa przez 72 godzin. Od 48 do 72 godziny głodu, pies stracił 137 grm. na wadze, oddał 40 grm. moczu z 2,5 grm. mocznika. W ciągu 73 godziny głodu upuszczono mu 110 grm. krwi, i głodzono daléj do 96 godzin. W ciągu tych ostatnich 24 godzin pies stracił na wadze tylko 120 grm., oddał 74 grm. moczu z 5,6 grm. mocznika. W ciągu 97 godziny głodu znowu zrobiono upust krwi. Krew z pierwszego upustu (A) zawierała w swéj surowicy 85,7 części stałych *pro mille;* krew zaś z drugiego upustu (B) 79,3 części stałych *pro mille* (w surowicy). Ilość części stałych w skrzepie krwi A, była daleko większa niż w skrzepie krwi B, a zmniejszenie to części stałych w skrzepie krwi B, stosunkowo daleko było większe aniżeli zmniejszenie części stałych w surowicy téjże krwi. Zmniejszenie ilości części stałych w skrzepie krwi B świadczy, że musiało nastąpić rozcieńczenie krwi od czasu pierwszego upustu; ponieważ zaś w tym razie psu pić niedawano, zatém rozcieńczenie mogło jedynie nastąpić w skutek resorbcji z tkanin ciała. Zaś stosunkowo małe zmniejszenie ilości części stałych w surowicy krwi B świadczy, że nie sama woda z tkanin do krwi wessaną została ale i pewne części stałe. Pomiędzy tak wessanemi częściami stałemi, nie małą rolę musiał odgrywać i mocznik, kiedy po upuście krwi, ilość jego w moczu psa znacznie się powiększyła co się nie daje położyć na karb zwiększonéj zmiany materji, gdyż pies w tym czasie stracił mniéj na wadze aniżeli w dniu głodu przed upustem krwi.

Warunkiem koniecznym do takiéj resorbcji z tkanin do krwi, jest dosyć znaczne zmniejszenie ciśnienia w układzie krwionośnym (jak tu przez upust krwi).

Podobne stosunki są w okresie cholera tyfoidu (uraemji cholerycznéj). Tu obfite wypróżnienia powodują zniżenie ciśnienia w układzie krwionośnym, a tém samém resorbc ję

płynów parenchymatycznych mocznik zawierających do krwi. Osłabiona czynność serca u cholerycznych (obok gęstości krwi) nie wystarcza do utrzymania w tętnicach nerkowych potrzebnego ciśnienia. Ztąd *anuvia* i jednoczesne nagromadzenie się mocznika we krwi, powodujące objawy uraemji.

Choleryczne zatém wypróżnienia, działają zgubnie nie tylko dlatego, że przez nie krew zostaje zgęszczoną, ale i dlatego, że ułatwiają wessanie mocznika z tkanin do krwi.

Podobny stan rzeczy zachodzi w niektórych przypadkach nagłego zmniejszenia się ogólnéj wodnéj puchliny. W pierwszym z dwóch opisanych przypadków wydzielania się mocznika na skórze, świadczące w każdym razie o nadmierném jego nagromadzeniu we krwi, spowodowane było okolicznościami jak te, które mają miejsce u cholerycznych. Pacjent miał zanikłe nerki w skutek chronicznego ich zapalenia, wydzielanie więc mocznika (moczu) było utrudnione, a w danym przypadku nie było wcale kompensowane przerostem lewéj komórki. Do osłabienia czynności sercowéj z jednéj strony i do ułatwienia resorbcji mocznika z tkanin z drugiéj strony, przyczyniły się obfite wypróżnienia i wymioty na kilka dni przed zgonem.

Zrozumienie uraemji (nagromadzenia mocznika we krwi), w drugim przypadku jest trudniejszém. Nerki chorego były w stanie normalnym, sérce funkcjonowało stosunkowo dobrze, obfitych wypróżnień nie było. Sekcja wykazała tylko chroniczne zmiany kataralne w pęcherzu moczowym. *Jurgensen* jednak nie jest skłonny przypisywać uraemji w tym przypadku wessaniu moczu z pęcherza do krwi, chociaż nie zaprzecza, że kataralny stan błony śluzowéj pęcherza takowe, wessanie ułatwia. Tak w tym przypadku jak w kilku innych krótko wspomnianych autor stawia uraemję w związku z agonją, szczególniéj jeżeli ta trwa długo, a tém samém idzie w parze z powolném osłabieniem czynności serca, zmniejszeniem ciśnienia w układzie tętniczym, i przewagą ciśnienia płynów parenchymatycznych, nad ciśnieniem w naczyniach włoskowatych.

Pierwszy przypadek autorów przedstawiał wszystkie objawy uznane jako cechujące dla uraemji. Ważném jest więc że w przypadku tym znaleziono krystaliczny mocznik na skórze, jako wyraz nagromadzenia nadmiernéj ilości mocznika we krwi. Obserwacja ta popiera rezultata badań *Voit'a*, który już dawniéj w uraemji uznał zakażenie krwi mocznikiem a nie węglanem ammonji i t. p. (Patrz *Klinika*. T. III. Nr. 8.).

Leube w swéj pracy stara się wykazać istnienie stałéj solidarności zachodzącéj pomiędzy sekrecją nerek z jednéj, a sekrecją skóry (gruczołów potowych) z drugiéj strony. Autor zaczyna swą pracę od opisania przypadku śmiertelnie zakończonéj *nephritis supurativa*, w którym sekrecja nerek była zmniejszona, a na krótki czas przed śmiercią wystąpił krystaliczny mocznik na skórze.

Daléj przypomina, że już *Funke* i *Meissner* (1858 i 1859), znaleźli mocznik jako stałą część składową normalnego potu. Nadto *Meissner* znalazł w pocie ludzkim kwas hippurowy, po zażyciu kwasu benzoesowego, podobnie jak to już dawniéj znaleziono w moczu. Daléj sam autor przekonał się o zależności—wprawdzie nie bezwzględnéj—oddziaływania moczu i potu. Ile razy za pomocą przeważnie roślinnego pożywienia sprowadzał alkaliczne oddziaływanie moczu, tyle razy pot oddziaływał alkalicznie lub obojętnie, nigdy kwaśno. *Griesinger* (1859) zauważył, że w przebiegu *diabetes*, obecność cukru w pocie idzie w parze z jednocześném zmniejszeniem cukru w moczu.

Autor wprost na drodze rozbioru chemicznego potu w stanie normalnym stwierdził obecność stałą mocznika w téj wydzielinie. Daléj za pomocą sztucznie wywołanych obfitych potów, starał się na sobie i na jednym chorym z chroniczném cierpieniem stawów przekonać, o ile powiększone wydzielanie mocznika z potém, wpływa na zmniejszenie ilości mocznika w moczu. Na drodze eksperymentów, których tu szczegółowo opisywać nie możemy, autor przyszedł do przekonania, że ilość mocznika z moczem wydzielanego, zmniejsza się w tych dniach, w których indywiduum poddane doświadczeniu obficie się poci. By jednak dojść do niezawodnych rezultatów, wypadało jeszcze przeprowadzić szereg eksperymentów, po doprowadzeniu organizmu do tak zwanéj „równowagi azotowéj", to jest za pomocą jakościowo i ilościowo jednostajnego przypływu pokarmów codziennie spo-

żywanych, doprowadzić do zrównoważenia przypływu i ubytku azotu w jednostce czasu. Otóż po doprowadzeniu do takiéj równowagi, obfite poty powodowały nierównowagę a mianowicie ubytek azotu w stolcach i moczu o 2,07 grm. mniejszy od przypływu, które to zmniejszenie ma się rozumieć położone być musi na karb potów. Ilość wydzielanego z moczem kwasu fosfornego również w dniu potów uległo zmniejszeniu. Zachodzi teraz pytanie: czy cały deficyt azotu moczu, w dniu potów przez skórę wydzielonym bywa? Otóż podług ilościowego rozbioru potu przez autora, w téj jednostce czasu, w któréj z moczem odeszło o 2,07 grm. azotu mniéj, w pocie było go tylko 0,298 grm., czyli że zaledwie $^1/_7$ część deficytu azotu w moczu, podczas potów odnalezioną jest w pocie. Po wprowadzeniu w rachubę pewnych błędów eksperymentacji pokazało się wprawdzie, że daleko większą ilość deficytu azotowego w wydzielinie skóry odnaleźć można, zawsze jednak zdaniem autora 0,9 grm. tego deficytu odszukać się nie dają, co autor objaśnia niemożnością doprowadzenia do jednakowéj ilości codziennie wydzielanego azotu.

Autor mniema, że jego eksperymenta i zdobyte przez nie cyfry, posłużą do ustalenia ścisłych podstaw w stosowaniu diaphorezy, tak w przypadkach choroby nerek, w których utrudniona lub wstrzymana funkcja nerek wymaga zastąpienia za pomocą sztucznie wywołanych nadmiernych potów jak i w przypadkach nadmiernego nagromadzenia mocznika we krwi (uraemja), w których przez powiększenie wydzieliny skórnéj powiększamy ilość wydzielanego mocznika, a tém samém zawsze zmniejszamy lub usuwamy niebezpieczeństwo zatrucia organizmu mocznikiem. W przypadkach wodnéj puchliny, u osób osłabionych, z chorobami serca, autor radzi w miejsce ogólnéj zbyt męczącéj diaphorezy używać diaphorezę miejscową, np. na jednéj kończynie dolnéj za pomocą kąpieli 38°—42° C. i następnych, obwijań płótnem gumowém i wełnianemi płatami. Nakoniec autor zwraca uwagę na daleko większą łatwość wywołania potów w godzinach rannych aniżeli w południowych i wieczornych.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia Towarzystw Naukowych Niemieckich.

Towarzystwo fizyczno-lekarskie w Würzburgu.

Spraw. **A. Jurasz,** kand. med. w Würzburgu.

Z posiedzeń würzburgskiego tow. fizyczno-medycznego, któremu obecnie prezyduje prof. fizjologji *Fick*, przytaczam tu dwa, i to odbyte dnia 21 Maja i 9 Lipca b. r. Sprawozdania z dwóch innych, zagajonych przez prof. botaniki i zoologii dnia 11 i 25 Czerwca, nie znalazłyby odpowiedniego miejsca w „*Klinice*," więc je pomijam; rozprawiano bowiem o rozwoju Selaginellów i o świecie zwierzęcym w morzu.

Na posiedzeniu dnia 21 Maja rozpoczął prosektor Dr. *Eimer* mowę swą o rozwoju gregarinów, przytoczeniem w tym względzie odkryć Jana *Müllera*, uwzględniając zarazem badania *Virchow'a* i *Lindemann'a*. Ostatni znaleźli *psorospermy*, do których mówca gregariny wlicza, u ludzi i u zwierząt. *Eimer* w Berlinie będąc, dość często spostrzegał żyjątka te u ludzi. Tu w Würzburgu, mało mając do tego sposobności, robił głównie poszukiwania u myszy, u których wyraźnie rozróżniał gregariny w trzewach, wątrobie i nerkach. Opisując *psorospermy*, wspomniał mówca, iż najmniejsze ich postacie wiele mają podobieństwa do ciałek ropniczych. Błona okrągłych tych żyjątek jest albo wyraźnie podwójną, albo pojedyńczą, albo wreszcie u niektórych zdaje się wcale nie istnieć. Wewnątrz znajduje się jądro z drobnemi ziarnkami; często jądra tego dostrzedz nie można. Żyjątka te pomnażają się przez podział. Najprzód dzieli się jądro, powstają przeto dwa i otaczają się pierwotworem, następnie dzielą się jądra te daléj, tak iż mnóstwo okrągłych ciałek powstaje w jednéj komórce, które się po pewnym czasie przedłużają i występują w postaci półksiężyców. *Eimer* widział mnóstwo półksiężycowych ciałek w komórce zawartych, lub wolnych zupełnie po za komórką, z któréj prawdopodobnie wyszły, stykających się ze

sobą po dwa, trzy, lub cztery, rogami. Żyjątka te, które *Eimer* uznaje za gregariny, były wielkości 10 lub 11 mm., *bez jąder*, z blado-zielonawym połyskiem, z ziarnistą masą wewnątrz. Jeden z rogów nie mieścił zwykle w sobie ziarnek i był jaśniejszy. *Eimer* nadmienił, iż róg ten może głowę przedstawia. Co do braku jąder, wspomniał mówca, zgadzają się prawie wszyscy badacze na to, iż gregariny zawsze mają jądra, w tym przypadku jednak zachodził wyjątek. Półksiężycowe komórki poruszały się według *Eimer'a* zawsze w jeden tylko sposób, schylając swe rogi ku sobie na wewnątrz wklęsłości, nigdy ku stronie wypukłéj. Wśród tych poruszeń, które bądź żywiéj, bądź wolniéj się objawiały, następowała zmiana ich postaci na ciałka kuliste, które przez wyżéj wspomniony podział daléj się rozwijały. *Eimer* stawia więc nową teorję powstawaniu gregarinów, sprzeczne z teorją *Lieberkühn'a*. W końcu swéj mowy zwrócił *Eimer* uwagę na ważność gregarinów w ciele ludzkiém. Szkodliwy wpływ swój wywierają one głównie na nabłonek, sprowadzając jego wyrodzenie i niszczenie. Mówca sądzi przeto, iżby chorobę, powstałą przez te żyjątka, gregarinozą nazwać wypadało.

Po skończonéj rozprawie zabrał głos prof. *Kölliker*, zarzucając mówcy, iż półksiężycowe ciałka bez jąder nazwał gregarinami, które według wszystkich badaczy zawsze w sobie mieszczą jądra. W ten sposób zauważył *Kölliker*, mógłby mówca wiele podobnych żyjątek bezjądrowych wliczyć do gregarinów. Następnie twierdzi *Eimer*, że mniemane gregariny, zawsze w jeden się sposób poruszają, z czém *Kölliker* o tyle się nie zgadza, iż sam widział, jak stworzenia te objawiały poruszenia wężykowe.

Na obronę swą nadmienił *Eimer*, iż prof. *Kölliker* pominął *Siebold'a*, który widział gregariny bez jąder. Oprócz tego kilku innych badaczy w nowszych czasach zdanie *Siebold'a* stwierdziło. Co się zaś dotyczy poruszeń, to i tu głównie mówca na kilku autorach się opiera, którzy poruszenia w jedną tylko stronę zauważyli, opisując jednak żyjątka te pod nazwą postaci pręcikowych.

Kölliker, powątpiewając, czyby który z badaczy nie miał jąder uważać za charakterystyczną oznakę gregarinów, zaczepił jeszcze mówcę co do jego wzmianki o wielkości tych żyjątek, twierdząc, iż gregariny zwykle większe są, niż 10—11 mm. Nie przeczy zresztą spostrzeżeniom *Eimer'a*, lecz za niesłuszne uważa stawianie widzianych postaci na równym stopniu z jądrowemi gregarinami.

Eimer na ostatni zarzut odpowiada, iż sam *Kölliker* w dawniéj już ogłoszonym opisie gregarinów, dołączył obraz ich postaci i wielkość, która w jednym przypadku też tylko tyle wynosiła.

Po kilku jeszcze uwagach ze strony prof. *Kölliker'a*, dotyczących wyjaśnienia różnicy teorji *Eimer'a* i *Lieberkühn'a*, zakończył mówca wyrażeniem, iż przy zdaniu swém o rozwoju gregarinów obstaje, a pracy swéj drukiem ogłosić nieomieszka.

Następnie przytoczył prof. *Kölliker* dwie korrespondencje, dotyczące spostrzeżenia *Ebstein'a* i *Rollet'a*.

Pierwszy w poszukiwaniach swych nad gruczołami żołądka, znalazł w gruczołach śluzowych, których cylindrowy nabłonek uważany jest za równy nabłonkowi wnętrznéj powierzchni żołądka, nabłonek ten jest więcéj zbliżającym się do postaci kostki z jądrem u spodu komórki leżącym. Nabłonek ten ma się szczególniéj znajdować w głębi gruczołkowych woreczków i ma mieć według autora pewną własność trawienia, o czém przekonał się z rozmaitych doświadczeń. Prof. *Kölliker* podając tę wiadomość, zwrócił uwagę na dawniejsze swe poszukiwania w tym względzie, w których znalazł, iż wyciąg błony śluzowéj żołądka w miejscach, w których się tylko śluzowe gruczołki znajdują; okazywał także własność trawienia, słabszą jednak niż w miejscach, w ktorych się znajdują gruczołki trawiennikowe. Nie kładł jednak żadnéj wielkiéj wagi na tę okoliczność dla tego, iż ciecz trawiennikowa łatwo rozlewa się po całéj powierzchni żołądka, a więc i tam, gdzie gruczołków trawiennikowych nie ma, przez co łatwo do fałszywych w badaniach dojść można rezultatów. Wątpi przeto *Kölliker*, czy powyższe spostrzeżenia opierają się na należytéj w tym względzie ostrożności experymentatora.

Rollet, zajmował się poszukiwaniami anatomicznemi nad budową gruczołów żołądka,

szczególniéj gruczołów trawiennikowych. W nich rozróżniał komórki łatwo dostrzegalne (*delomorphe*) i trudniejsze do dostrzeżenia (*adelomorphe*). Pierwszemi są według badacza znane komórki trawiennikowe, drugiemi zaś komórki mniejsze i niewyraźniejsze od pierwszych. O tych trudniejszych do odszukania komórkach, wspomniał już dawniéj *Kölliker* w dziele swém mikroskopicznéj anatomii.

Na posiedzeniu dnia 9-go Czerwca przytoczył prof. *Rinecker* pokrótce spostrzeżenia swe, dotyczące chorobę wysypkową, zwaną „*Rubeolą*" (*Rötseln*). Wykład swój rozpoczął uwagami nad historją chorób skórnych w ogóle, a w szczególe żarnic i wspomnionéj *rubeoli*. O pierwszych dermatologach krótką tylko zrobiwszy wzmiankę, przyszedł *Rinecker* na *Schönlein'a* i ucznia jego *Fuchs'a*, według których rumień szkarlatynowy i rumień żarnicowy rozróżniano, nie uznając jednak żadnéj różnicy pomiędzy temi wysypkami. Przez dzieło *Hebry*, które niezawodnie epokę tworzy w historji chorób skórnych, wiele wprawdzie zmian doznało ówczesne zapatrywanie się na te choroby, pomimo to jednak *rubeola* nie została jeszcze uznaną za chorobę samoistną, owszem w razie, gdy więcéj miała podobieństwa do szkarlatyny, uważano ją za szkarlatynę, gdy do żarnic, to ją do żarnic wliczano.

Dopiero w roku 1868, gdy na zjeździe lekarzy w Dreźnie, rozmaite w tym względzie zestawiono spostrzeżenia i rzecz całą pod ścisłą wzięto rozwagę, zgodzono się na to, iż rubeola, pomimo całego podobieństwa, bądź do szkarlatyny, bądź do żarnic, jest chorobą *sui generis*.

Co do objawów *rubeoli*, rozmaite są zdania badaczy. I tak według *Steiner'a* nie zachodzi przy chorobie téj stadium *prodromorum*, gorączka jest bardzo nieznaczna, czasami równa się gorączce żarnicowéj, lecz nigdy nie dochodzi do tego stopnia, jak przy szkarlatynie, zresztą zupełnie jest bez typu. Stan ogólny prawidłowy. Oczy, usta, nos, nie podlegają żadnéj zmianie. Leczenie żadne, choroby następowe (*Nachkrankcheit*) żadne. *Steiner* uważa *rubeolę* za chorobę wysypkową epidemiczną, lecz nie zakaźną. Chorzy ulegają jéj, chociaż już wprzódy i na żarnice i na szkarlatynę cierpieli.

Thomar w zupełnéj sprzeczności ze *Steiner'em* podaje, jako objawy *rubeoli*, chorobę oskrzeli taką jak przy żarnicach. Zauważa przytem, iż *rubeola* jest zakaźną.

Mettenheimer zaś dostrzegał przy *rubeoli* nabrzmienie gruczołów szyjowych, wspomina przytém o zapaleniu gardła (*angina rubeolosa*).

Rinecker w tym roku na wiosnę miał sposobność w 18-tu przypadkach badania chorobę wysypkową, którą uznał za *rubeolę*. Wiek chorych rozciągał się od 8 miesięcy do 21 lat. Przebieg choroby był niekiedy bardzo krótkim, bo trwał 24 godzin. Z objawów zauważył *Rinecker*, iż gorączka nie zachodziła, natomiast dostrzegał zapalenie gardła i nosa, jako też nabrzmienie gruczołów szyjowych. O zakaźności téj choroby sam się przekonał. W pewnym zakładzie zakonnic, sześć uczennic zachorowało na *rubeolę*. Leczenia nie było żadnego, chorób następowych w żadnym nie zauważono przypadku.

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Smith z Edynburga (*Lancet*. 1870. Juni), donosi o doskonałém działaniu miejscowém *Acidi carbolici* w przypadku daleko posuniętego zniszczenia w gardzieli przy *syphilis*.

Kaining, (*Lancet*. 1869. Decemb.) opisuje przypadek ciężkiego *Tetanus traumaticus* pomyślnie leczony wstrzykiwaniami roztworu *Extracti Calabaris* z dodatkiem *Kali bicarbonici*. Wstrzykiwano od $1/2$ aż do 6 gran. p. dosi tak często, że na wysokości choroby wstrzyknięto 41 gran w ciągu doby. Środek ten był używany przez 31 dni a ogółem użyto go w tym czasie 10 drachm.

Bucle z New-Yorku, (*Amer. Journ. of the med. sciences*. 1870. Januar) opisuje nowy przypadek wyleczenia *aneurysmatu Arteriae femoralis* przez zgięcie uda i utrzymanie w zgiętém położeniu za pomocą opasek.

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—Cena pojedynczego ark. k. 15 (złp. 1.)